

Section 3 - Renseignements sur le bénéficiaire (suite)

Nom :	Adresse :
_____	_____
Date de naissance (AAAA-MM-JJ) : _____	Lien de parenté : _____ Pourcentage : _____ %

Nom :	Adresse :
_____	_____
Date de naissance (AAAA-MM-JJ) : _____	Lien de parenté : _____ Pourcentage : _____ %

Si l'un des bénéficiaires désignés ci-dessus décède avant moi, les intérêts de ce bénéficiaire (le cas échéant) reviendront, sauf disposition contraire ci-dessus, aux bénéficiaires survivants en parts égales ou, à défaut, à ma succession.

Je me réserve le droit de révoquer la nomination de tout bénéficiaire nommé par moi à tout moment.

Section 4 - Fiduciaire pour le bénéficiaire mineur

Dans la plupart des cas, le régime (RRP de CES et/ou RRP des hôpitaux du SCFP) ne peut pas effectuer un paiement directement à une personne mineure (c'est-à-dire une personne qui n'a pas atteint l'âge de la majorité dans cette province ou ce territoire). Si vous désignez un mineur comme bénéficiaire, vous pouvez nommer un fiduciaire qui détiendra les fonds en fiducie jusqu'à ce que le bénéficiaire atteigne l'âge de la majorité. La désignation d'un fiduciaire est facultative. La personne désignée comme fiduciaire doit être âgée d'au moins 19 ans et être admissible à titre de fiduciaire. La fiducie et la désignation du fiduciaire sont également soumises à toutes les lois applicables en vigueur aux moments pertinents. Le paiement au fiduciaire libérera le régime (RRP de CES et/ou RRP des hôpitaux du SCFP) et Vestcor à hauteur d'un tel paiement.

Si un fiduciaire n'a pas été désigné, ou si la désignation du fiduciaire est invalide ou inapplicable, toute prestation payable à un mineur sera versée au tuteur aux biens du mineur ou à l'autorité publique appropriée (selon le cas).

Je désigne par la présente la personne nommée ci-dessous comme fiduciaire pour recevoir et détenir en fiducie toute prestation payable à un bénéficiaire qui est mineur au moment du paiement :

Nom : _____	Adresse : _____
Date de naissance : _____	Lien de parenté : _____

Section 5 - Autorisation

Par la présente, j'atteste que d'après mes connaissances les renseignements fournis sont exacts tel qu'ils figurent sur la présente demande.

Je reconnais que mon employeur retiendra de mes gains les cotisations requises en vertu du régime.

Je comprends que cette information est recueillie dans le but d'administrer le régime de retraite susmentionné. En participant à ce régime, je consens à la collection et à l'utilisation de cette information par mon employeur et ses fournisseurs de services et/ou représentants pour l'administration du régime.

Signature du participant : _____ Date : _____

Signature de l'employeur : _____ Date : _____

Veillez retourner le formulaire dûment rempli à :

Vestcor
C.P. Box 6000, Fredericton
NB E3B 5H1

Courriel : info@vestcor.org
Télécopieur : 506-457-7388

Téléphone : 506-453-2296
Sans frais : 1-800-561-4012
Site Web : www.vestcor.org/pensions